

Tratamiento de la disnea en pacientes con cáncer en fase terminal

Manuel Castillo Padrós, Belén Ascanio León y Miguel Ángel Benítez del Rosario

Medicina de Familia. Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Nuestra Señora de La Candelaria. Tenerife. España.

Cuestiones para recordar

- La disnea es un síntoma frecuente en enfermos con cáncer en estadio terminal y puede tener un origen multifactorial.
- El tratamiento de la disnea debe incluir el de aquellas causas potencialmente reversibles.
- Los opiáceos han mostrado eficacia como tratamiento paliativo de la disnea en enfermedades respiratorias terminales y en el cáncer.
- El tratamiento con opiáceos se debe comenzar con dosis bajas y realizar incrementos cada 2-3 días según la formulación utilizada, del 30-50% de la dosis diaria, hasta el control de la disnea.
- Al tratamiento opioide debe asociarse un laxante para evitar el estreñimiento, y un antiemético los primeros días.
- Se deberían utilizar opiáceos de liberación rápida para yugular las crisis de disnea.
- Los corticoides están indicados en el caso de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, linfangitis carcinomatosa o neumonitis post-irradiación.
- La oxigenoterapia en la disnea por cáncer terminal sólo se recomienda en situación de hipoxemia, si el paciente experimenta una clara mejoría, superior a la obtenida por aire fresco.
- No hay evidencia de que el uso sistemático de benzodiazepinas, antidepresivos o neurolépticos mejore la disnea si no está presente un cuadro de psicopatología.
- La sedación paliativa constituye el último recurso para aliviar el sufrimiento ante situaciones de disnea grave.

Palabras clave: Disnea • Opiáceos • Cáncer.

Introducción

La disnea es uno de los síntomas que con mayor frecuencia se presenta en los pacientes con cáncer terminal. La intervención terapéutica depende de la causa, e incluye el uso de los opiáceos como tratamiento paliativo. A continuación se presentan dos casos clínicos de pacientes afectados de un cáncer en estadio terminal con disnea. Su enfoque terapéutico es diferente en función de la existencia o no de otra patología causante de disnea.

Caso 1

Se trata de un varón de 78 años, diagnosticado de un carcinoma epidermoide de pulmón avanzado. En la tomografía axial computarizada (TAC) realizada durante su estudio se

apreciaba cómo la práctica totalidad del parénquima pulmonar derecho se encontraba sustituido por una masa heterogénea con áreas de necrosis e infiltración del bronquio principal derecho. En el parénquima pulmonar izquierdo existían múltiples nódulos pulmonares de distribución difusa y un mínimo derrame pleural. Se había descartado tratamiento oncológico y se había remitido a la Unidad de Cuidados Paliativos para su seguimiento.

Inicialmente asintomático, comenzó a aquejar disnea de esfuerzo que progresó en unas semanas hasta hacerse leve en reposo. No existía clínica sugestiva de descompensación cardiaca ni de infección intercurrente. En la radiografía de tórax, realizada para descartar nuevas complicaciones, se apreciaba un velamiento completo del pulmón derecho sin retracción evidente traqueobronquial (fig. 1) sugerente de sustitución completa del parénquima pulmonar por la neoplasia, y patrón micronodulillar en campos pulmonares me-



Figura 1. Radiografía postero-anterior de tórax: velamiento completo del pulmón derecho.

dio e inferior izquierdos. Presentaba una discreta taquipnea (24 respiraciones por minuto) con una saturación de oxígeno normal (96%) determinada mediante pulsioximetría. Se inició tratamiento con 10 mg cada 12 horas de morfina oral de liberación sostenida, y dosis extras de opioides con fentanilo transmucosa oral de 200 μ g para yugular las crisis de disnea. Se asoció metoclopramida, 10 mg en cada comida durante tres días, para evitar las náuseas asociadas al inicio de los opiáceos, y lactulosa oral 10 ml en cada comida de forma mantenida para evitar el estreñimiento. Las dosis de morfina fueron aumentadas, en un 50% de la dosis diaria prescrita, a las 48 horas por persistencia de la disnea a mínimos esfuerzos. Se tituló la dosis de fentanilo transmucosa oral, siendo necesarios 400 μ g para aliviar la crisis de disnea. A las 48 horas del aumento de la dosis de morfina, el paciente refirió una importante mejoría de su disnea, que pasó a ser de esfuerzos moderados, siendo capaz de llevar a cabo el aseo, deambular por la casa y dar pequeños paseos (para lo que empleaba un rescate previo con fentanilo oral transmucosa de 400 μ g). En las dos semanas siguientes se mantuvo estable; posteriormente precisó dos nuevos incrementos de la dosis de morfina por empeoramiento de la disnea a leves esfuerzos. Con 45 mg/12 h de morfina de liberación sostenida se obtuvo durante las dos semanas siguientes mejoría de la disnea a leves esfuerzos, aunque persistió a grandes esfuerzos. Posteriormente experimentó un progresivo declive funcional y cognitivo, con la presencia de delirio y signos de insuficiencia respiratoria, motivos por los que precisó el empleo de la sedación paliativa de forma mantenida en sus últimos días de vida.



Figura 2. Radiografía postero-anterior de tórax: patrón retículo-nodular en campos pulmonares medios e inferiores, cardiomegalia y escasa redistribución vascular.

Caso 2

Se trata de una mujer de 59 años diagnosticada de un leiomioma abdominal tratado con radioterapia y en seguimiento en la Unidad de Cuidados Paliativos desde su diagnóstico. La paciente era portadora de una válvula mitral mecánica y padecía una fibrilación auricular crónica con episodios recurrentes de insuficiencia cardiaca congestiva. Además de lo anterior, padecía de asma bronquial y diabetes mellitus tipo 2. Estaba en tratamiento con acenocumarol e insulina, y recibía terapia intermitente con corticoides inhalados y broncodilatadores.

Tras unos meses iniciales de aceptable control de los síntomas en los que destacaba el aumento de tamaño de su tumor abdominal y la lenta instauración de un síndrome neoplásico de caquexia-anorexia, acude a consulta por disnea. Esta había ido progresando en las últimas semanas desde grandes esfuerzos hasta hacerse prácticamente de reposo en los últimos días. En la valoración inicial destacaba la presencia de taquipnea en reposo (28 respiraciones por minuto), saturación basal de oxígeno del 92%, y la auscultación de crepitantes de predominio basal con roncus bilaterales y sibilantes aislados. Padecía edemas hasta tercio medio de tibia y una discreta hipertensión venosa yugular. Se llevó a cabo un examen radiológico (fig. 2) en el que se observaba un patrón retículo-nodular difuso, con cardiomegalia y redistribución vascular a vértices inferiores. En el hemograma y la bioquímica sanguínea no se apreciaban alteraciones reseñables. Los niveles de digoxina se encontraban dentro del rango terapéutico. El electrocardiograma (ECG) mostraba un trazado de fibrilación auricular con una frecuencia ventricular media de 80 latidos por minuto.

El enfoque terapéutico fue múltiple ante el diagnóstico de disnea de reposo de origen mixto, por patología cardíaca y

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3471649>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3471649>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)